Arztbericht: Hilflosenentschädigung im Sonderfall

Datum:
Zuständig:
Telefon:
Versicherten-Nr:

Versicherte Person

Abklärung Hilflosenentschädigung Bitte Arztbericht ausfüllen und retournieren

Guten Tag

Ihre Patientin, Ihr Patient hat gesundheitliche Einschränkungen, die zu einer IV/AHV-Anmeldung führten. Für die rasche Prüfung benötigt die IV-Stelle Ihre kompetente Unterstützung.

Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden Arztbericht zu beantworten, soweit Ihnen dies von Ihrem Fachgebiet und Ihrem Patientendossier her möglich ist.

Sie können den Arztbericht auch auf unserer Website herunterladen.

Bitte füllen Sie den Arztbericht elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich zurück. Für das Ausfüllen dieses Formulars können Sie wie bisher nach Tarmed abrechnen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich.

Arztbericht: Hilflosenentschädigung bei hochgradiger Sehschwäche

Versicherte Person	Geburtsdatum	Versichertennummer
--------------------	--------------	--------------------

1. Allgemeine Angaben

Untersuchung vom

In Behandlung seit

2. Medizinische Angaben

> 2.1

Diagnosen

> 2.2

Fanden operative Eingriffe statt und wenn ja, wie lautet die generelle Prognose? Bitte legen Sie uns die Operationsberichte in Kopie bei.

Auszug aus dem Kreisschreiben

Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn ein korrigierter Fernvisus von beidseitig weniger als 0,2 oder wenn beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) vorliegt (Gesichtsfeldmessung: Goldmann-Perimeter Marke III/4).

> 2.3

Beträgt der korrigierte Fernvisus beidseits weniger als 0.2?

ja nein

Bitte nennen Sie uns sämtliche korrigierten Fernvisuswerte inkl. Datum der Messung?

Genaueres Datum der Messung	Fernvisus korrigiert rechts	Fernvisus korrigiert links

> **2.4**

Liegt eine Einschränkung des Gesichtsfeldes vor (z.B. sektor- oder sichelförmige Ausfälle)? Wenn ja, bitten wir Sie, uns Kopien der Messungen (Gesichtsfeldmessung: bevorzugt Goldmann-Perimeter Marke III/4e und/oder OCT-Messberichte) per Post zu senden.

ja nein

> **2.5**

Liegt eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) vor?

ja nein

Seit wann?

Bitte legen Sie eine Kopie des kinetischen Gesichtsfeldes bei, falls der korrigierte **Fernvisus** beidseits nicht unter 0.2 liegt.

Auszug aus dem Kreisschreiben:

Bestehen gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte erreicht werden, so ist eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen, wenn sie die gleichen Auswirkungen wie eine Visusverminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass haben. Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (z.B. sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).

> **2.6**

Liegen ein stark verminderter Visus und eine erhebliche Einschränkung des Gesichtsfeldes vor, die aber die obengenannten Grenzwerte nicht erreichen?

ja nein

Entsteht dadurch eine zu Punkt 2.3 und 2.5 vergleichbare Sehbehinderung?

Seit welchem genauen Datum?

3. Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

|

Telefonnummer für Rückfragen und allenfalls Zeiten guter Erreichbarkeit

|